

# La participation des employeurs à l'assurance santé aux Etats-Unis

**Diane Lequet-Slama**  
(DREES)

Colloque "Protection sociale  
d'entreprise" Paris 25-26 mars 2010  
<http://www.indes.fr/EspacesRecherche/Colloques/ProtectionSocialeEntreprise>

# Une assurance santé majoritairement proposée par l'employeur

- 59% des Américains bénéficient d'un Plan d'assurance santé proposé par leur employeur
- Moins de trois américains sur 10 (29%) ont une assurance publique :
  - *Medicare*, une assurance publique universelle pour les personnes âgées et les personnes handicapées
  - Medicaid/SCHIP pour les familles à bas revenus et les enfants de familles à revenus modestes
- 46,3 millions de personnes sans aucune assurance maladie, dont 20 millions travaillent à temps plein

# Une érosion de la couverture assurantielle offerte par l'employeur

- En 2009, 60% des entreprises offrent une assurance santé à leurs employés, contre 69% en 2000
- Quelles entreprises ?
  - - la quasi-totalité des entreprises de plus de 200 salariés
  - - 90% des entreprises de 50 à 200 salariés
  - - 78% des entreprises de 10 à 25 salariés
  - - 46% entreprises de moins de 10 salariés (contre 57% en 2000)

## **Pas de continuité garantie de l'assurance santé proposée par l'employeur**

- Les entreprises ne sont pas obligées de proposer une assurance santé à leur employés
- Les salariés ne sont pas obligés d'y adhérer (participation au coût de l'assurance)
- Tous les salariés d'une entreprise qui offre un Plan santé ne sont pas couverts
- Pas de continuité de l'assurance : 32% des personnes en âge de travailler ont eu "un trou" dans leur assurance d'au moins 1 mois (Kaiser)

# Des difficultés à prendre une assurance santé individuelle

- Parmi les personnes couvertes par leur employeur en 2006, une personne sur six a perdu sa couverture en 2009
- Difficultés de s'assurer individuellement sur le marché de l'assurance : 75% des personnes n'ont pas pu le faire, principalement pour des raisons de coût
- Difficultés de souscrire une assurance pour les personnes atteintes de maladies pré-existantes

# Les Plans santé offerts par les employeurs sont souvent insuffisants

- Des Plans d'assurance santé qui offrent des paniers de soins et de biens médicaux variables ...
- ... avec des tickets modérateurs et des franchises de plus en plus élevés
- et des plafonds de dépenses maximum

# Un coût croissant des primes

- Le coût des primes a plus que doublé en 10 ans et n'arrête pas de croître
- Coût moyen d'une assurance en 2009 :
  - - pour une personne seule : 4800 dollars (2190 dollars en 2000)
  - - pour une famille : 13400 dollars (5800 dollars pour une famille) - *Source : Kaiser-HRET*
- Ce coût pèse de plus en plus sur les entreprises et sur les salariés (particulièrement pour les familles)

## De plus en plus, les entreprises “en veulent pour leur argent”

- Un contrôle plus important des entreprises sur les Plans santé *MCO* proposés par les assureurs (qualité et coût)
- Des exemples de consortium qui regroupe de grandes entreprises et crée leur propre réseau de soins *HMO (Health Maintenance Organisation)*- L'exemple du BHCAG (Buyers Health Care Action Group)



## En conclusion

- De nombreux Etats fédérés ont engagé (ou envisageaient d'engager) des réformes afin d'étendre la couverture maladie
- La réforme du système de santé adoptée en 2006 dans le Massachussets "*le triomphe d'une conception ambitieuse*"
- Une nécessaire réforme fédérale